

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

### **Segurança ou insegurança do paciente internado: um estudo de caso** **Safety or insecurity inpatient: a case study**

Rodrigo Galvão Bueno Gardona<sup>1</sup>, Beatriz Castro Reis<sup>2</sup>, Lucia Helena Rocha Vilela<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Especialização em Prevenção e Controle de infecção relacionado à assistência à saúde, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup>Secretaria Municipal de Saúde de Minaçu, GO, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS), Pouso Alegre, MG, Brasil.

Recebido em: 06/10/2013

Aceito em: 21/11/2013

enfrodrigogardona@gmail.com

## INTRODUÇÃO

Segundo a Portaria do Ministério da Saúde Nº 2.616 de 12 de maio de 1998, define-se por infecção hospitalar qualquer infecção "adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares"<sup>1</sup>. É de conhecimento que procedimentos assistenciais em saúde que não observam os princípios técnico-científicos, contribuem significativamente para casos de infecções relacionados à assistência à saúde. Tais procedimentos podem ser compreendidos como manifestações iatrogênicas. Entende-se por iatrogenia, resposta traumática ao paciente decorrente de determinados procedimentos-intervenções de saúde, sendo estes certo ou errado, proposital ou não, podendo gerar consequências irreversíveis<sup>2</sup>. Essas iatrogenias geralmente são resultantes do descumprimento de normas técnicas e da negligência a um procedimento de cuidado a saúde<sup>2</sup>.

É de conhecimento que o idoso, em especial os que possuem Diabetes Mellitus são mais sensíveis a desenvolver infecção hospitalar<sup>3,4</sup> e respostas iatrogênicas<sup>2</sup>. Estes justificados pelas alterações fisiológicas do envelhecimento, particularmente sobre a modificação das respostas imunológicas, anti-infecciosas<sup>5</sup>.

## RELATO

Paciente do gênero feminino, de cor branca, 78 anos, aposentada, viúva, reside com a filha e o genro em uma cidade do

interior de Minas Gerais, religião católica, de nacionalidade brasileira. Apresenta o cognitivo preservado, movimentos locomotores ativos, possui Diabetes Mellitus do tipo latente e autoimune (LADA). Há 31 anos, faz uso dos seguintes medicamentos: Insulina Glargina, 1 vez ao dia, Insulina Aspart 2 vezes ao dia, antiagregante plaquetário (Somalgin cárdio, 100mg), vasodilatador periférico (Cilostazol, 50mg), Levotiroxina 88mcg, antilipêmico (rosuvastatina cálcica, 10mg) e outros. Desenvolve as atividades de vida diária (AVD), e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) somente com auxílio, inclusive a deambulação. Portadora de disautonomia diabética importante, neuropatias e retinopatia proliferativa, com perda da visão em olho esquerdo (descolamento da retina) e com apenas 20% de visão em olho direito.

No dia 31/05/2012 às 19h30 a paciente deu entrada no pronto atendimento de um hospital privado de médio porte em um município do interior de Minas Gerais apresentando hematêmese em grande quantidade. A cliente foi prontamente atendida, sendo encaminhada para a unidade de terapia intensiva (UTI) com o diagnóstico médico de hemorragia digestiva alta. A mesma foi submetida a tratamento clínico não cirúrgico e a hemorragia foi rapidamente controlada com medicamentos anti hemorrágicos e reposição de hemácias. Permaneceu 2 dias na UTI, que no momento estava com a sua capacidade máxima de pacientes internados. Um diagnóstico de enfermagem identificado neste caso é o risco de infecção,<sup>6</sup> relacionado ao estado clínico geral da paciente. Em 03/06 após a estabilização do quadro de saúde, a mesma foi encaminhada para a unidade de clínica médica, em um quarto com leito único. A cliente estava com cateter venoso periférico (do tipo abocath R. material

de poliuretano, número 22), na região dorsal da mão esquerda, em venoclesterapia. O membro apresentava-se com curativo oclusivo com fita micropore, de cor branca, transparente com a data de 31/05.

No dia 04/06 recebeu alta hospitalar, permanecendo com cateter venoso periférico da data de 31/05 até o momento de alta. Ao retirar o curativo no sítio da inserção, foi observada a presença de edema e hiperemia. Um diagnóstico de enfermagem identificado nesta fase foi a integridade da pele prejudicada<sup>6</sup>, que está relacionado aos procedimentos de saúde realizado, pois localiza-se no local da inserção do acesso venoso periférico. Apesar do ocorrido a alta hospitalar foi mantida, sendo que não foi avaliada por nenhum profissional no momento da saída. Não foi utilizado nenhum medicamento nos 3 dias subsequentes para combater a infecção.

Em 07/06 foi notado à presença de sinais inflamatórios intensos (dor, calor, edema e hiperemia), enrijecimento local e cordão fibroso. Quatros dias depois (11/06) estas manifestações evoluíram para uma úlcera. Lesão pequena (2cmX1,5cm) de caráter agudo, em resposta inflamatória. De aspecto oval, leito da ferida com 75% de tecido granulado) e 25% de tecido necrosado, margem regular, ferida sem presença de exsudato. Pele perilesional intacta, com coloração esbranquiçada. Edema acentuado na região lesional, com hiperemia ativa intensa (Figura 1A).

No dia 13/06 a paciente foi avaliada pelo médico no qual foi prescrito ceftriaxona (1g), por via intramuscular, durante sete dias. Iniciou-se a aplicação de compressas mornas na região da lesão, por várias vezes

ao dia, sobre a cobertura de hidrocolóide mais proteção com gazes estéreis.

Em 18/06 após drenar o abscesso da ferida, foi observado grande quantidade de secreção sanguíneo-purulenta, com exposição do tendão (Figura 1B). A lesão apresenta uma dimensão de 3,0cmX2,5cm. Iniciado o curativo com hidrofibra antimicrobiano, estéril, macio, composto por carboximetilcelulose sódica e prata.

No dia 19/06 terminou o período de antibioticoterapia. A lesão manteve a dimensão de 3,0X2,5cm. Realizado troca de curativo após limpeza com soro fisiológico 0,9% morno. A frequência de troca do curativo foi de a cada 3 dias, sendo usado cobertura de hidrocolóide mais proteção com gazes estéreis.

Em 23/06 observou-se redução da dimensão da úlcera (2,5X2,0 cm). Ferida com tecido desvitalizado, coágulo de sangue e tecido granulado, margens maceradas (Figura 2A).

Em 26/06 aplicou-se a cobertura primária de hidrogel com alginato de cálcio, cobrindo secundariamente a lesão com hidrofibra antimicrobiana. Em 03/07 observa-se uma evolução importante no processo de cicatrização. Ferida medindo 1,6cmX1,0cm, assim como a redução dos sinais flogísticos locais. Mantendo compressas mornas estéreis sobre curativo primário e em seguida curativos. A ferida apresenta tecido granulado (Figura 2B).

Após a troca do curativo em uma frequência de a cada 3 dias, com aplicação de compressas mornas sobre curativo primário e posteriormente usado cobertura de hidrogel, em 11/08 observa-se a ferida cicatrizada (Figura 3). Em uso do curativo com placa de hidro-



Figura 1A



Figura 1B

Figura 1. 1A. Úlcera em resposta inflamatória; 1B. Lesão após drenagem.



Figura 2A



Figura 2B

Figura 2. 2A. Redução da lesão; 2B. Tecido de Granulação



Figura 3. Ferida cicatrizada após 62 dias

colóide extrafino para proteção da ferida, conforme recomendação da literatura<sup>7</sup>.

Um fator importante para a infecção no vaso periférico (venoso) em uso de cateteres é a manipulação inadequada, tal como sua retirada por "ocorrências diversas". A lesão foi visualizada apenas na retirada do cateter no momento da alta hospitalar, pelos familiares, sem nenhuma intervenção da equipe de enfermagem<sup>7</sup>. Problema que pode ser prevenido com uma manutenção pontual a respeito das técnicas que zelam por esta via terapêutica assim como a prevenção e detecção precoce de processos inflamatório-infecciosos<sup>8,9</sup>. Segundo Magerote et al (2011) a flebite é comum em 25,8% dos pacientes internados, prevalecendo no lado esquerdo (55%)<sup>7</sup>. A respeito do risco de infecção hospitalar, 11,6% das infecções estão relacionadas com microrganismos multidrogarresistentes, afetando a população com a faixa etária entre 60 e 69 anos<sup>10</sup>.

Não foi diagnosticado na fase inicial a causa da flebite e o relatório enviado à instituição com explicações detalhadas do agravo, com as respectivas fotos, não obteve nenhuma resposta, do corpo clínico nem da comissão de controle de infecção hospitalar (CCIH).

## CONCLUSÃO

Com este relato expressamos a importância da equipe de saúde na vigilância aos princípios de prevenção de infecção e com a segurança do paciente. Torna-se necessária, portanto, uma reflexão entre a equipe assistencial uma vez que o curativo não foi trocado no prazo determinado de 72 horas, e um período de 9 dias sem a medi-

cação adequada para a infecção. Além de técnicas pouco elucidadas como a aplicação de compressas mornas, que dependendo do caso pode agravar a infecção. Uso de coberturas adequadas, porém tardias. Este relato demonstra como o paciente em especial o idoso fica suscetível no ambiente hospitalar e como o caso foi conduzido de forma iatrogênica. No fator segurança do paciente, observa-se com nitidez falhas na: comunicação efetiva entre a equipe, administração insegura de medicamentos por meio do dispositivo venoso, falha na condução do tratamento da úlcera e infecção.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.616 de 12 de Maio de 1998, programa de Controle de infecção hospitalar. Brasil: Ministério da Saúde, 1998.
2. Carvalho-Filho ET, Souza MAR, Vaz MYK. Iatrogenia no idoso. *Rev Bras Med.* 1996;53(3):117-137.
3. Saviteer SM, Samsa GP, Rutala WA. Nosocomial infections in elderly: increased risk per hospital day. *Am J Med.* 1988;84(4):661-6.
4. Bôas PJFV, Ruiz T. Ocorrência de infecção hospitalar em idosos internados em hospital universitário. *Rev Saude Publica.* 2004;38(3):372-378.
5. Mota SMC, Porto DB, Freitas MVC, et al. Imunossenescência: alterações imunológicas no idoso. *Rev Bras Med.* 2009;67(6):183-188.
6. North N. Diagnóstico de enfermagem da Nanda: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Editora Artmed, 2010.
7. Magerote NP, Lima MHM, Silva JB. Associação entre flebite e a retirada de cateteres intravenoso periférico. *Texto Contexto Enferm.* 2011;20(3):486-492.
8. Rogenski NMB, Kurcgant P. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2012;20(2):1-7.
9. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Intervenções e medidas de intervenção e controle da resistência bacteriana. Infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter venoso periférico. Brasil: ANVISA, 2010.
10. Garcia LM, César ICO, Braga CA, et al. Perfil epidemiológico das infecções hospitalares por bactéria multidrogarresistentes em um hospital do norte de Minas Gerais (Brasil). *Rev Epidemiol Control Infect.* 2013;3(2):45-49.